FACULTE DE MEDECINE PARIS - LARIBOISIERE SAINT-LOUIS

PARIS VII

ANNEE 1972 N°

58

THESE

pour le

DOCTORAT en MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

TANDAVARAYEN Nicole, née le 15 Janvier 1944 à PARIS (18°)

Présentée et soutenue publiquement le 19

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES RESULTATS DES SCIATIQUES OPEREES : ETUDE DE 100 CAS

PRESIDENT : S. De SEZE, Professeur

FACULTE DE MEDECINE PARIS - LARIBOISIERE SAINT-LOUIS

PARIS VII

ANNEE 1972 N°

THESE

pour le

DOCTORAT en MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

TANDAVARAYEN Nicole, née le 15 Janvier 1944 à PARIS (18°)

Présentée et soutenue publiquement le 19

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES RESULTATS DES SCIATIQUES OPEREES : ETUDE DE 100 CAS

PRESIDENT : S. De SEZE, Professeur

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A mes parents

A André

A tous les miens

A tous mes amis.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552726_0001

A Monsieur le Professeur Stanislas De SEZE
Professeur de Clinique Rhumatologique
Médecin des Hôpitaux de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

- Pour nous avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse

- En témoignage d'admiration et de remerciement pour la richesse et le dynamisme de son enseignement.

A Monsieur le Docteur Bernard FRENEAUX
Ancien Chef de Clinique de la Faculté de Médecine de Paris
Médecin-Chef du Service de Médecine à orientation
Rhumatologique de l'Hôpital Manchester de
Charleville-Mézières (Ardennes)

- Qui nous a inspiré ce travail et nous a aidé dans sa réalisation
  Nous avons eu la chance d'être son élève

- Il nous a fait aimé la Rhumatologie et a été à l'origine de
  notre orientation dans cette voie

En témoignage de reconnaissance pour la confiance
qu'il nous a toujours accordée.

A Monsieur le Docteur Marcel Francis KAHN
Professeur Agrégé
Médecin des Hôpitaux de Paris

En témoignage de notre vive reconnaissance pour la richesse et la rigueur de son enseignement .

A Monsieur le Docteur A. PETEL
Médecin-Chef du Service de Médecine de l'Hôpital Manchester de Charleville-Mézières.

A Madame le Docteur J. FRENEAUX
Assistante.

Qui nous ont accueillis avec bienveillance lors de notre premier contact avec l'Hôpital Manchester.

A Monsieur le Docteur CLOUET

Médecin-Conseil de la Sécurité Sociale de Charleville-Mézières.

Nous le remercions pour sa bienveillante collaboration qui nous a permis de réaliser ce travail.

A tous les médecins de l'Hôpital Manchester de Charleville-Mézières.

I - INTRODUCTION

Notre étude porte sur le devenir de 100 malades dont le diagnostic pré-opératoire de sciatique par hernie discale a été confirmé par l'intervention.

Nous avons eu la chance que notre étude puisse porter sur un groupe homogène en ce sens qu'elle comporte la presque totalité des malades opérés en une période déterminée.

Nous avons essayé avec un recul s'étalant de 1 à 8 ans de porter un pronostic d'après les éléments existant avant l'intervention, selon l'histoire clinique et radiologique d'accompagnement, selon le terrain et la profession, selon le type de l'intervention et les constatations opératoires. Nous avons tenté d'apprécier les conséquences sur le plan professionnel et social, selon qu'il s'agissait d'une prise en charge au titre d'accident du travail ou au titre de maladie.

II - MATERIEL D'ETUDE et METHODE DE TRAVAIL

A) MATERIEL D'ETUDE

Nous avons étudié au départ 117 dossiers, à l'exclusion des sciatiques paralysantes et syndrome de la queue de cheval.

Nous avons exclu de même sur les 117 dossiers :

1°) Les malades chez lesquels une hernie discale n'a pas été retrouvée à l'intervention, qu'il s'agisse de compression par :

- Saillie osseuse dans 4 cas
- Hypertrophies veineuses uniquement retrouvées à l'intervention dans un cas
- Saillie osseuse avec hypertrophie veineuse dans un cas
- Hypertrophie du ligament jaune dans un cas

2°) Les malades chez lesquels les chirurgiens n'ont pas retrouvé de signes de compression à l'intervention :

- Hypertension du liquide céphalo-rachidien dans un cas
- Intervention blanche dans un autre cas

Donc dans 9 cas sur 117, l'intervention n'a pas retrouvée une hernie discale.

3°) Les malades chez lesquels les renseignements cliniques et/ou le recul étaient insuffisants dans 8 cas.

Restaient donc 100 cas de malades opérés de sciatique par hernie discale.

Il s'agit d'une étude homogène en ce sens que tous ces malades ont été suivis en traitement ambulatoire et en consultation par le même médecin rhumatologue ; unicité donc de l'indication opératoire.

Tous ces malades relèvent par ailleurs d'une clientèle de médecins des Ardennes. Les interventions chirurgicales ont été pratiquées par 3 chirurgiens différents ayant tous une longue expérience de la chirurgie de la sciatique.

D'autre part la totalité de ces malades a été suivie après l'intervention sur une période s'étalant de 1 à 8 ans.

- 46 % de 1 à 3 ans
- 34 % de 3 à 6 ans
- 20 % de 6 à 8 ans

B) METHODE DE TRAVAIL

Nous avons établi pour ces 100 malades une observation type que nous avons rédigé ainsi :

NOM

1 Age

2 Sexe masculin

féminin

3 Profession Travail de force et manuel actif

Travail sédentaire

Femme d'intérieur

Sans travail.

4 Groupe Social

Salarié

Manoeuvre

Ouvrier (e) spécialisé (e)

Cadre ou similaire

Artisan

Cultivateur

Profession libérale

5 Antécédents

Maladies

Nature

Durée d'arrêt de travail pour chacune

Taux d'I.P.P. antérieur

Pensions diverses

A.T. (accident du travail)

mêmes questions.

6 Etude clinique de la sciatique ayant conduit à l'intervention

1) causes déclenchantes ou favorisantes de la sciatique

2) sciatique d'emblée ou

précédée de lumbago aigu ou

lombalgies chroniques

3) Dans les Antécédents :

- sciatique du même côté : même étage

autre étage

- autre côté : même étage
  autre étage
- lumbago aigu
- lombalgies chroniques

4) Type de la sciatique

a) topographie : Racine L_5
S_1

Droite ou
Gauche
trajet complet ou
incomplet

b) Caractères de la douleur :

- Hypéralgique à un moment donné de l'évolution
- augmentée par la toux
- calmée par le décubitus en position antalgique

c) signes rachidiens :

- raideur avec contracture musculaire
- attitude antalgique directe ou croisée
- signe de la sonnette ou
  point douloureux para-épineux
- signe de la cassure
- Lassegue

d) signes neurologiques :

- rotulien
- achilléen
- déficit moteur : signe de la pointe
  signe du talon
- Hypoesthésie : L_5
  S_1

7 Etude radiologique

a) Etude statique : Pincement ou

Baîllement discal électif ou latéral postérieur

Pincement global d'un ou de deux disques

Arthrose

Anomalies congénitales :
anomalie transitionnelle
spina bigida

Spondyle olisthésis

Retrolisthésis

Dystrophie vertébrale de croissance :
séquelles

absence de signes radiologiques

b) Exploration radio-cinétique

Pincement ou

Baîllement discal électif

c) sacco-radiculographie

8 Accident du travail ou
Maladie

9 Durée d'arrêt de travail avant l'intervention

- globale depuis la première poussée sciatique
- durée du dernier arrêt de travail avant l'intervention.

10 Traitements médicaux reçus

Repos au lit

Médicaments : antalgiques

anti-inflammatoires :
mineurs
majeurs : corticothérapie

décontracturants

Infiltrations péridurales

indurales

Tractions

Lombostat plâtré ou

non

Rééducation

11 Date de l'intervention

par rapport à la première poussée sciatique

par rapport à la dernière poussée sciatique

12 Causes déterminantes du choix de l'intervention

- Caractère hypéralgique
- Récidives fréquentes
- Echec de toute autre thérapeutique
- Nécessité professionnelle et/ou sociale

13 Type de l'intervention

Laminectomie complète

Pas de laminectomie

14 Constatations opératoires

- Hernie discale exclue
- très volumineuse
- moyenne
- Autres constatations

15 Complications post-opératoires immédiates

- Présentes
- Nulles

16 Disparition des douleurs au réveil

17 Rééducation post-opératoire

Poursuite régulière

18 Date de reprise du travail après l'intervention

- inférieure à 3 mois
- entre 3 et 6 mois
- supérieure à 6 mois

19 Séquelles médicales

a) évolution immédiate : dans les 3 mois suivant l'intervention

- disparition des douleurs
- lombalgies ou
- sciatiques récidivantes

b) pronostic lointain

- guérison complète de la hernie opérée
- sciatalgie intermittente sans signes objectifs :
  - même étage, même côté controlatéral
  - autre étage
- lombalgies persistantes
- rechute de sciatique
  - même étage, même coté controlatéral
  - nouvelle hernie discale à un autre étage
  - guérison médicale de ces nouvelles poussées
  - seconde intervention

20 Résultats sur le plan professionnel

- reprise du travail antérieur
- changement de profession avec ou sans reclassement professionnel
- pas de reprise de travail.

21 Taux d'I.P.P. éventuel

Nous avons réuni les résultats sur lesquels portera notre étude d'après :

1) les dossiers de consultation établis pour tous ces malades et 70 % d'entre eux ont été revus en consultation avec un recul suffisant

2) un questionnaire type que nous avons adressé à tous ces malades : nous avons obtenu 63 réponses

3) les dossiers de sécurité sociale dans 34 cas.

Nous tenons à remercier les Médecins Conseils de la Caisse Primaire des Ardennes qui ont bien voulu nous prêter leur collaboration.

Nous insistons enfin sur le fait que tous les malades vus entre 1963 et 1970, à part 8, figurent sur cette statistique, car nous avons été frappés par le fait que sur plusieurs statistiques publiées, une forte proportion de malades opérés pendant une période déterminée, ne figurait pas sur la statistique, ayant été perdus de vue.

C) REPARTITION DES MALADES

Nos malades se répartissent ainsi :

a) 68 hommes
   32 femmes

b) Age au moment de l'intervention

20 ans	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69
3	17	54	19	6	1

Nous constatons un pic de fréquence entre 30 et 40 ans, les âges extrêmes étant de 17 à 66 ans.

76 % de nos patients sont des travailleurs de force et travailleurs manuels actifs ; 24 % exercent un travail sédentaire.

III INDICATION OPERATOIRE

Nous étudierons rapidement les données tirées de l'examen, complétées par la radiologie, nous ayant permis de porter le diagnostic de sciatique par hernie discale.

1) Données de l'interrogatoire

l'interrogatoire a précisé le mode de début, les circonstances déclenchantes, les antécédents de lombo-sciatique, la topographie radiculaire les caractères de la douleur évoquant une origine discale : l'exacerbation à la toux et la cédation par le décubitus.

2) Données de l'examen clinique

L'examen du rachis a retrouvé :

- raideur et contracture musculaire dans 90 cas
- attitude antalgique dans 52 cas
- signe de la cassure dans 48 cas
- signe de la sonnette ou point douloureux para-épineux dans 94 cas
- signe de Lasegue $<50°$ dans 77 cas
  $>50°$ dans 23 cas

A l'examen neurologique :

- troubles des réflexes rotuliens diminués dans 2 cas
  achilléens diminués ou abolis dans 48 cas
- troubles sensitifs localisés à type d'hypoesthésie plus souvent que d'hyperesthésie dans 37 cas.

3) Données de l'étude radiologique

- la recherche d'un baîllement discal électif ou pincement discal est positive dans 52 cas d'après les données de la radiographie standard.

- l'étude radio-cinétique pratiquée dans 11 cas objective une atteinte discale.

- sacco-radiculographie = l'indication a été posée dans 4 cas.

L'indication opératoire a donc été posée sur le diagnostic de sciatique par conflit disco-radiculaire après échec du traitement médical ; celui-ci a comporté dans tous les cas:

. repos complet au lit, antalgique et anti-inflammatoire mineurs ou majeurs
. infiltrations épidurales et intradurales dans quelques cas.
. tractions vertébrales
. lombostat mis en place avec une fréquence variable

Le délai entre la première poussée sciatique et l'intervention chirurgicale a été au minimum de 3 mois, ce délai ayant été écourté :

1) en cas de sciatique hypéralgique dans 1 cas

2) en cas de contre-indication à des traitements anti-inflammatoires après échec des autres thérapeutiques.

3) lorsque des raisons professionnelles et sociales ont exigé une solution rapide, dans 1 cas.

Le diagnostic de sciatique par hernie discale a donc été posé d'après les données de la clinique et la radiologie simple dans 96 cas.

Dans 4 cas seulement la décision opératoire a nécessité l'indication de la sacco-radiculographie.

Nous remarquons que parmi les 9 dossiers exclus sur l'absence de hernie discale constatée à l'intervention, des signes de compression ont été retrouvés dans tous les cas sauf 2 ; l'indication opératoire était donc bien posée.

IV RESULTATS :

1) Résultats cliniques :

Le tableau ci - après résume ces résultats.

Les résultats sur la vie professionnelle et sociale feront l'objet d'un autre chapitre.

A Bons Résultats

Ces résultats comprennent :

1°) Les très bons résultats :

c'est-à-dire les malades n'ayant présenté aucune rechute de sciatique, aucune lombalgie, dans 36 cas.

RESULTATS	Nombre de cas 100	Pourcentage 100 %
Bons	64	64 %
Moyens	27	27 %
Mauvais - Récidive in situ	4	4 %
- Nouvelle hernie discale	5	5 %

2) Les résultats satisfaisants :

c'est-à-dire les malades ayant présenté une rechute de sciatique à un autre étage dans 7 cas, ou une sciatalgie intermittente sans signe objectif à un autre étage dans 3 cas, tous signes disparaissant après un traitement médical. Il ne s'agit donc pas de rechute de sciatique de la hernie opérée mais d'une autre souffrance discale.

3) Nous avons de même inclus dans ces résultats les malades chez lesquels persistent seulement une lombalgie intermittente ou chronique, dont nous verrons à un autre chapitre l'analyse et la justification dans ce lot de bons résultats, dans 18 cas.

Nous pouvons donc conclure à 64 % de bons résultats avec guérison complète de la hernie opérée.

B Résultats moyens

Ces résultats comprennent :

- les patients incomplètement soulagés et qui présentent des sciatalgies intermittentes dans 10 cas.
- les patients complètement soulagés mais qui ont présenté des rechutes de sciatique ayant guéri sous traitement médical dans 14 cas.
- les patients incomplètement soulagés et qui ont présenté une rechute de sciatique ayant guéri sous traitement médical dans 3 cas.

Soit 27 % de résultats moyens.

C Mauvais Résultats

Ces résultats groupent les patients qui ont été soulagés mais qui ont récidivé :

- 4 % au même niveau
- 5 % à un autre niveau

Soit 9 % de mauvais résultats.

Malgré l'hétérogénéité des critères choisis selon les statistiques, ces résultats sont dans l'ensemble comparables à ceux rapportés par différents auteurs.

- les Bons résultats jugés "Excellents" ou "Satisfaisants" ou "Très bons" oscillent entre 60 et 90 %.
- les échecs entre 5 et 20 %
- (4, 10, 13, 16, 17, 21, 23, 25, 33, 40)

V ETUDE DES REINTERVENTIONS DE HERNIE DISCALE

Cette étude au début de notre travail est justifiée dans la mesure où faisant partie de nos tableaux comparatifs au titre de mauvais résultats, elle nécessite des commentaires.

- Etude Clinique de ces cas.

A Récidive de hernie discale, de même étage, même côté

1ère observation :

Concerne une femme de 34 ans, exercant un travail sédentaire, sans antécédents pathologiques autres que des poussées de sciatique 3 et 2 ans auparavant ; la notion de chute est retrouvée comme circonstance favorisante de la poussée actuelle.

"Une 1ère intervention pour hernie discale gauche L_4 L_5 est pratiquée avec curetage discal complet, suivie d'une rechute de sciatique et d'une 2ème intervention 1 an après."

Aucun élément favorisant n'est retrouvé ; la rééducation puis gymnastique ont été régulièrement poursuivies.

2ème observation :

Il s'agit d'une femme de 26 ans. Femme d'intérieur, sans antécédents pathologiques. Une chute est également retrouvée comme circonstance favorisante Les radiographies standard outre un baillement discal électif montrent une anomalie transitionnelle.

"Une intervention pour hernie discale droite L_4 L_5 est pratiquée avec curetage discal complet.

Mais la patiente présente des rechutes de sciatique 3 et 6 ans après la première intervention, conduisant à une réintervention".

Dans ce cas la gymnastique n'a pas été régulièrement poursuivie.

3ème observation :

Concerne un homme de 37 ans, travailleur de force, sans antécédents pathologiques autres que des séquelles d'épiphysite vertébrale retrouvées à la radiographie.

"Une intervention pour hernie discale gauche L_5 S_1 est pratiquée, suivie de récidive douloureuse 15 mois après, à la suite d'une effort, conduisant à une seconde intervention, avec greffe lombo-sacrée".

Aucun élément favorisant n'est retrouvé en dehors de la notion d'effort ; en particulier il n'y a pas eu de reprise de travaux de force ; la rééducation et gymnastique ont été régulièrement suivies.

- Hernie Controlatérale de même étage

Il s'agit d'une femme de 34 ans.

"Opérée d'une hernie discale gauche L_5 S_1 et réopérée 8 ans après de l'autre côté".

Dans ce cas : la gymnastique n'a pas été régulièrement poursuivie.
La patiente en outre a repris quelques travaux de force, tels que le tracteur, après la première intervention.

Nous retrouvons donc peu d'arguments expliquant ces récidives. Dans 2 cas l'absence de poursuite régulière de gymnastique joue un rôle favorisant tout au plus.

Les comptes-rendus opératoires dans tous les cas mentionnent l'ablation d'une volumineuse hernie discale et le curetage complet du disque.

La notion d'efforts et travaux de force n'explique pas ces récidives puisque 2 de nos 4 patients n'exerçaient aucun travail de force.

B Nouvelle hernie discale, à un étage différent de la 1ère hernie discale retrouvée à l'intervention.

1ère observation :

Mr F. est un homme âgé de 39 ans, travailleur de force.

"Il a subi une 1ère intervention pour hernie discale L_4 L_5 droite, avec hémilaminectomie. Les disques sus et sous-jacents ont été explorés.

3 mois après, il présente une douleur radiculaire de topographie S_1, l'intervention décidée 15 mois après, permet de retrouver une hernie discale L_5 S_1".

Dans ce cas il n'y a pas eu de reprise de travail après la 1ère intervention.

2ème observation :

Mr G. est un homme âgé de 22 ans, travailleur de force.

"Une intervention pour hernie discale gauche L_4 L_5 est pratiquée, suivie d'une seconde intervention 3 ans 1/2 après la première sur le disque sous-jacent".

Quelques facteurs favorisants ont été retrouvés :
- les radiographies montraient une anomalie transitionnelle et un rétrolisthésis.
- la gymnastique n'a pas été régulièrement poursuivie.

Mr G. a repris son travail antérieur de Maçon après la 1ère intervention.

3ème observation :

Mme V. 22 ans, infirmière.

"A été opérée d'une sciatique par hernie discale gauche L_4 L_5. 8 ans après, elle présente une nouvelle sciatique par hernie discale L_5 S_1, nécessitant une seconde intervention".

Aucun facteur favorisant n'est retrouvé ; elle n'a pas pratiqué une gymnastique régulière.

4ème observation :

Mr D. âgé de 33 ans est un travailleur de force.

"Ayant subi une intervention pour sciatique par hernie discale droite L_5 S_1. 4 ans après, il présente une nouvelle hernie discale à l'étage sus-jacent".

Mr D. a repris son travail antérieur après la 1ère intervention.

5ème observation :

Mr A. âgé de 31 ans est un travailleur de force.

"Il a subi une intervention pour sciatique par hernie discale L_4 L_5. 4 mois après la première intervention, à la reprise de travail, il présente une nouvelle douleur sciatique de topographie radiculaire S_1, la seconde intervention pratiquée 8 mois après la 1ère retrouve une hernie discale L_5 S_1".

Dans ce cas, nous constatons une reprise du travail antérieur et l'absence de rééducation régulière.

Nous retrouvons donc 5 % de nouvelles interventions pour hernie discale à un étage sous-jacent au 1er exploré dans 4 cas, sus-jacent dans 1 cas.

Ces 5 malades se répartissent ainsi :

- 4 hommes, tous travailleurs de force.
- 1 femme.

Dans tous ces cas, une 1ère hernie discale avait bien été retrouvée à l'intervention ; il n'y a donc pas eu d'erreur d'indication opératoire, ni d'erreur d'étage.
Tous ces malades ont par ailleurs été guéri de leur sciatique après la 1ère intervention.

Nous n'avons donc retrouvé aucune cause expliquant les récidives de hernie discale.

En ce qui concerne les réinterventions pour nouvelle hernie discale, nous retrouvons la notion de reprise d'un travail de force après la première intervention. Au cours des chapitres suivants, nous verrons que certains facteurs peuvent influer sur ces résultats, mais ils sont insuffisants pour les expliquer.

VI ETUDE DE CERTAINS ELEMENTS DU TABLEAU CLINIQUE PRE-OPERATOIRE

Nous allons étudier certains éléments du tableau clinique pré-opératoire, susceptibles d'influer les résultats post-opératoires éloignés de la sciatique.

I Influence du terrain

Nous envisagerons tout d'abord l'influence du sexe, de l'âge et de la profession.

A Rôle du sexe :

Nous avons vu que nos 100 malades se répartissaient ainsi :

- 68 hommes
- 32 femmes

Le pourcentage d'opérés masculins, 68 % est conforme à ceux signalés dans les autres grandes statistiques (1, 16, 17, 33) ou les pourcentages oscillent entre 58 et 80 %.

Le tableau ci - après permet une étude comparative sur le pourcentage de guérison de la sciatique opérée en fonction du sexe.

RESULTATS	RESULTATS GLOBAUX		HOMMES		FEMMES	
	Nombre de Cas 100	%	Nombre de Cas 68	%	Nombre de Cas 32	%
Bons	64	64	41	60,2	23	71,8
Moyens	27	27	22	32,2	5	15,6
Mauvais						
- Récidive in situ	4	4	1	1,4	3	9,3
- Nouvelle hernie discale	5	5	4	5,8	1	3,1

Les bons résultats semblent plus importants chez les femmes, mais la différence n'est pas très significative. Par ailleurs, l'influence de facteurs médico-légaux que nous étudierons plus loin explique la forte proportion de résultats moyens chez l'homme.

Nous remarquons l'importance des récidives in situ chez la femme : 3 femmes pour 1 homme.

Dans les statistiques de Montaland (23) et Pichot (25) les échecs semblent plus fréquents chez l'homme.

B Influence de l'âge :

a) le tableau ci-après récapitule la moyenne d'âge des malades opérés de sciatique, et la répartition selon le sexe considéré.

	MOYENNE GLOBALE		HOMMES		FEMMES	
RESULTATS	Nombre de Cas 100	%	Nombre de Cas 68	%	Nombre de Cas 32	%
< 20 ans	3	3	1	1,4	2	6,2
20-29 ans	17	17	11	16,1	6	18,7
30-39 ans	54	54	39	57,5	15	46,8
40-49 ans	19	19	13	19,1	6	18,7
50-59 ans	6	6	4	5,8	2	6,2
60-69 ans	1	1			1	3,1

Nous retrouvons un pic de fréquence élevé entre 30 et 39 ans. L'intervention pour hernie discale est rare avant 20 ans et après 60 ans. Ce pic ne varie pas selon le sexe considéré.

b) Influence de l'âge sur les résultats post-opératoires

Nous n'avons retrouvé aucune différence significative sur le pourcentage de bons ou mauvais résultats en fonction de l'âge ; les résultats sont concordants dans toutes les tranches d'âge.

Le pourcentage de 100 % de bons résultats après plus de 60 ans, sur un cas, ne permet évidemment pas de conclure.

Ces résultats vont à l'encontre d'autres statistiques :

- celles de Trillat (40)
  de Pichot (25)
  de Vignon et coll (42)

qui retiennent une plus grande fréquence des échecs avec la progression de l'âge.

Nous constatons que les récidives se situent à l'âge de plus grande fréquence des sciatiques opérées.

ESULTATS	< 20 ans		20-29		30-39		40-49		50-59		60-69	
	Nbre de cas 3	%	Nbre de cas 17	%	Nbre de cas 54	%	Nbre de cas 19	%	Nbre de cas 6	%	Nbre de cas 1	%
ons	2	66,6	11	64,7	34	62,9	12	63,1	4	66,6	1	100
Moyens	1	33,3	3	17,6	14	25,9	7	36,8	2	33,3		
Mauvais												
Récidive in situ			1	5,8	3	5,5						
Nouvelle Hernie discale			2	11,7	3	5,5						

C Influence de la profession :

a) Les 100 malades étudiés se répartissent ainsi :

- Travailleurs de force et travailleurs manuels actifs 76
- Travailleurs sédentaires 10
- Femmes d'intérieur 14

Nous avons regroupé sous le vocable de travail sédentaire les malades effectuant un travail de bureau ou un travail n'exigeant pas d'efforts physique et les femmes d'intérieur, soit 24 cas.

Les travailleurs de force dans ce lot comportent des manoeuvres effectuant fréquemment des soulèvements ou port de charges lourdes, des ouvriers spécialisés : maçons, monteurs, noyauteurs, monteurs en charpente métallique, chauffeurs de fours, accrocheurs, ajusteurs etc ...

b) Influence de la profession sur les résultats post-opératoires

RESULTATS	RESULTATS D'ENSEMBLE		TRAVAIL de FORCE et MANUEL ACTIF		TRAVAIL SEDENTAIRE	
	Nombre de Cas 100	%	Nombre de Cas 76	%	Nombre de Cas 24	%
Bons	64	64	46	60,5	18	75
Moyens	27	27	24	31,5	3	12,5
Mauvais - Récidive in situ	4	4	2	2,5	2	8,3
- Nouvelle hernie discale	5	5	4	5,2	1	4,1

D'après le tableau, nous pouvons conclure à l'influence péjorative d'un travail de force sur les résultats de la sciatique opérée ; mais nous retrouvons là-aussi l'influence du facteur médico-légal qui sera exposé à un autre chapitre, et qui accentue le pourcentage de résultats moyens dans cette catégorie professionnelle.

Nous constatons également, de façon paradoxale, un pourcentage important de récidive de Hernie discale chez les sujets menant un travail sédentaire ; il s'agit d'ailleurs exclusivement de femmes dont il est difficile de chiffrer l'activité.

II - INFLUENCE DES ANTECEDENTS LOMBALGIQUES ET SCIATIQUES

Nous avons étudié ces antécédents d'une manière globale et en fonction de leur ancienneté : moins de 3 ans et plus de 3 ans par rapport à la date de l'intervention, quel que soit le nombre de poussées survenu depuis le premier incident lombo-sciatalgique jusqu'à la dernière poussée non comprise avant l'intervention.

1) En cas de lumbago aigu : retrouvé dans 1/5 des cas

Dans cette série, les résultats sont d'autant meilleurs que les antécédents de lumbago aigu sont plus éloignés.

	RESULTATS GLOBAUX		< 3 ANS		> 3 ANS	
RESULTATS	Nombre de Cas 20	%	Nombre de Cas 12	%	Nombre de Cas 8	%
Bons	10	50	5	41,6	5	62,5
Moyens	10	50	7	58,3	3	37,5
Mauvais - Récidive in situ						
- Nouvelle hernie discale						

2) En cas de Lombolgies chroniques : retrouvées dans 27 % des cas

Nous obtenons également des résultats meilleurs lorsque les signes de détèrioration discale sont plus éloignés.

	RESULTATS GLOBAUX		< 3 ANS		> 3 ANS	
RESULTATS	Nombre de Cas 27	%	Nombre de Cas 17	%	Nombre de Cas 10	%
Bons	19	70,4	11	64,7	8	80
Moyens	8	29,6	6	35,3	2	20
Mauvais - Récidive in situ						
- Nouvelle Hernie discale						

3) En cas de sciatique : retrouvée dans 45 % des cas

Dans cette série, les résultats sont meilleurs avec l'éloignement des antécédents de sciatique

	RESULTATS GLOBAUX		< 3 ANS		> 3 ANS	
RESULTATS	Nombre de Cas 45	%	Nombre de Cas 31	%	Nombre de Cas 14	%
Bons	27	60	20	64,5	7	50
Moyens	15	33,3	9	29	6	42,9
Mauvais - Récidive in situ	2	4,4	1	3,2	1	7,1
- Nouvelle hernie discale	1	2,2	1	3,2		

Ces résultats sont apparemment contradictoires ; mais chez un même malade, lumbago, lombalgie sciatique peuvent se succéder dans le temps, rendant difficile l'interprétation de ces résultats.

III RESULTATS SELON LES CIRCONSTANCES DE SURVENUE DE LA SCIATIQUE AYANT CONDUIT A L'INTERVENTION

C'est-à-dire d'emblée, ou précédée de lumbago aigu ou de lombalgies chroniques : ces antécédents immédiats sont retrouvés dans 86 cas sur 100 ; dans les autres cas, la sciatique fait suite à un long passé de lombo-sciatalgies continues.

a) d'emblée : dans 54 cas sur 86

RESULTATS	NOMBRE DE CAS 54	%
Bons	35	64,8
Moyens	12	22,2
Mauvais		
- Récidive in situ	3	6
- Nouvelle Hernie discale	4	7,4

b) précédée de lumbago aigu : dans 14 cas sur 86

RESULTATS	NOMBRE DE CAS 14	%
Bons	7	50
Moyens	5	35,7
Mauvais		
- Récidive in situ	1	7,1
- Nouvelle hernie discale	1	7,1

c) précédée de lombalgies inférieures ou égales à 3 mois : dans 18 cas sur 86

RESULTATS	Nbre de cas : 18	%
Bons	12	66,7
Moyens	6	33,3
Mauvais - récidive in situ		
- nouvelle hernie discale		

Les différences ne sont pas dans l'ensemble très significatives et il ne semble pas que le mode de survenue de la sciatique, ayant conduit à l'intervention, grève le pronostic post-opératoire.

IV - INFLUENCE DU TYPE DE LA SCIATIQUE

Nous étudierons les résultats selon la topographie de la racine atteinte, selon le côté atteint, et selon l'association de ces deux données

a) Selon la topographie radiculaire :

Nous avons vu que la racine L_5 était comprimée dans 42 cas, la racine S_1 dans 58 cas.

Il y a donc une plus grande fréquence d'atteinte de la racine S_1 dans notre série.

RESULTATS	RACINE L_5		RACINE S_1	
	Nombre de Cas 42	%	Nombre de Cas 58	%
Bons	27	64,3	37	63,8
Moyens	9	21,4	18	31
Mauvais - Récidive in situ	2	4,8	2	3,4
- Nouvelle Hernie discale	4	9,5	1	1,7

Le tableau ci-dessus étudiant les résultats selon la racine comprimée, montre un pourcentage de bons résultats égal, quelle que soit la racine en cause.

Dans les statistiques de Pichot (25) de meilleurs résultats sont notés dans les sciatiques L_5.

Les résultats moyens comptent un pourcentage un peu plus important, lorsque la racine S_1 est atteinte mais la différence est peu significative.

Nous retrouvons une fréquence plus élevée de réinterventions pour nouvelle Hernie discale, à l'étage sous-jacent, en cas de première intervention sur le disque L_4 L_5.

b) Selon le côté atteint

Dans 48 cas, il s'agissait d'une sciatique droite, dans 52 cas d'une sciatique gauche.

Dans la plupart des travaux publiés (1, 32, 38) une plus grande fréquence de sciatiques gauches est retrouvée ; dans notre série, pas de prédominance nette d'un côté sur l'autre.

Etude comparative, selon le côté atteint

	DROIT		GAUCHE	
RESULTATS	Nombre de Cas 48	%	Nombre de Cas 52	%
Bons	29	60,4	35	67,3
Moyens	15	31,3	12	23,1
Mauvais - Récidive in situ	1	2	3	5,8
- Nouvelle Hernie discale	3	6,3	2	3,8

D'après le tableau ci-dessus, nous ne retrouvons pas de différence significative selon le côté atteint.

c) Résultats selon la topographie radiculaire et le côté atteint

Les sciatiques par Hernie discale L_4 L_5 gauche ont dans notre série un meilleur pronostic, bien que la différence ne soit pas très significative.

RESULTATS	RESULTATS GLOBAUX		L_5 DROIT		L_5 GAUCHE		S_1 DROIT		S_1 GAUCHE	
	Nbre de cas 100	%	Nbre de cas 18	%	Nbre de cas 24	%	Nbre de cas 30	%	Nbre de cas 28	%
Bons	64	64	9	50	18	75	20	66,6	17	60,7
Moyens	27	27	6	33,3	3	12,5	9	30	9	32,1
Mauvais . Récidive in situ	4	4	1	5,5	1	4,1	0	0	2	7,1
. Nouvelle Hernie discale	5	5	2	11,1	2	8,3	1	3,3	0	0

V - RESULTATS SELON LA PRESENCE DE SIGNES RADIOLOGIQUES

. Nous avons classé les signes radiologiques en trois groupes :

1°) Absence de signes radiologiques

2°) Signes radiologiques isolés évocateurs de Hernie discale :

- Pincement ou baîllement discal électif
- Pincement global d'un disque

3°) Autres signes radiologiques associés regroupant :

- Lésions discales dégénératrices
- Anomalies transitionnelles
- Spondyle olisthésis
- Retrolisthésis
- Séquelles de Dystrophie vertébrale de croissance

Le tableau ci-dessous permet une étude comparative sur les résultats post-opératoires.

RESULTATS	ABSENCE de SIGNES RADIOLOGIQUES		SIGNES EVOCATEURS de HERNIE DISCALE		AUTRES SIGNES RADIOLOGIQUES	
	Nombre de Cas 15	%	Nombre de Cas 52	%	Nombre de Cas 33	%
Bons	10	66,6	35	67,3	19	57,5
Moyens	4	26,6	15	28,8	8	24,2
Mauvais - Récidive in situ			1	1,9	3	9,9
- Nouvelle Hernie discale	1	6,6	1	1,9	3	9,9

Nous constatons que l'absence ou la présence isolée de signes radiologiques évocateurs de Hernie discale est un facteur de bon pronostic ; bien que la différence ne soit pas très significative, la présence d'autres signes radiologiques associés grève le pronostic, en particulier celui des réinterventions pour Hernie discale.

Ces résultats sont conformes à ceux publiés dans les statistiques de Guillaume (13), Vignon et Coll. (42), qui notent que le pourcentage de guérisons diminue avec l'importance des signes radiologiques de détérioration structurale du disque.

VI - RESULTATS SELON LE TYPE DE L'INTERVENTION

Résultats en particulier selon la pratique ou non d'une laminectomie. Sur nos 100 malades, 16 ont subi une laminectomie complète, 84 n'ont pas eu de laminectomie.

RESULTATS	LAMINECTOMIE		PAS DE LAMINECTOMIE	
	Nombre de Cas 16	%	Nombre de Cas 84	%
Bons	10	62,5	54	64,2
Moyens	3	18,7	24	28,5
Mauvais - Récidive in situ			4	4,7
- Nouvelle Hernie discale	3	18,7	2	2,3

Nous constatons que la pratique d'une laminectomie ne modifie pas les bons résultats post-opératoires.

Nous remarquons que dans les 4 cas de récidives in situ, le chirurgien est intervenu par voie d'abord étroite interlamaire, mais que dans les 96 cas qui n'ont pas fait de récidives in situ, dans 80 cas cette voie d'abord a été pratiquée, et dans 16 cas, une voie d'abord large par laminectomie a été pratiquée.

VII - RESULTATS SELON LES CONSTATATIONS OPERATOIRES

Nous étudierons en particulier les résultats selon l'exclusion ou non de la Hernie discale. Nous avons eu à notre disposition tous les compte-rendus opératoires ; dans 13 cas sur 100, il est fait mention de la Hernie exclue ou extériorisée.

Nous avons recherché si celle-ci influait les résultats post-opératoires.

RESULTATS	RESULTATS D'ENSEMBLE		HERNIE EXCLUE		HERNIE NON EXCLUE	
	Nombre de Cas 100	%	Nombre de Cas 13	%	Nombre de Cas 87	%
Bons	64	64	10	76,9	54	62
Moyens	27	27	2	15,3	25	28,7
Mauvais						
- récidive in situ	4	4			4	4,5
- nouvelle hernie discale	5	5	1	7,6	4	4,5

Les sciatiques avec Hernie exclue constatée à l'intervention, semblent avoir meilleur pronostic que celles ou il est fait mention de Hernie discale volumineuse ou moyenne.

Nous remarquons la fréquence des récidives in situ, en cas de Hernie non exclue, constatée à l'intervention.

Dans leurs statistiques, Montaland (23) et Pichot (25) notent également que la mobilité de la Hernie est un facteur de bon pronostic.

VIII - RESULTATS SELON LA PRATIQUE REGULIERE OU NON DE REEDUCATION

La très forte majorité des malades étudiés, soit 85 % a pratiqué de la rééducation après l'intervention, sous contrôle d'un kinesithérapeute.

La poursuite régulière de gymnastique a été recommandée à tous ces patients, mais celle-ci n'a pas été pratiquée de façon correcte et surtout elle n'a pas été suivie dans l'immense majorité des cas.

Cette étude n'a donc pas pu être faite.

IX - RESULTATS POST-OPERATOIRES IMMEDIATS

Tous nos malades ont été revus dans les 3 mois suivant l'intervention. Aucune complication post-opératoire immédiate n'a été signalée en dehors d'une phlébite du membre inférieur survenue un mois après l'intervention dans un cas, et d'un défaut de résorption d'un fil de suture dans 2 cas.

Tous les malades sauf un, ont constaté au réveil de l'intervention une disparition de leur douleur sciatique.

Au cours des 3 premiers mois, nous observons l'évolution suivante :

Le tableau ci-dessous donne le pourcentage de malades ayant vu persister la disparition de leur douleur ou au contraire réapparaître des lombosciatalgies.

RESULTATS	Nombre de Cas 100	%
Disparition des douleurs	78	78
Lombosciatalgies	22	22

Nous constatons que la majorité des malades a vu disparaître toute douleur sciatique après intervention.

Nous avons cherché à savoir si ces résultats étaient susceptibles de se modifier, et dans quel sens, par rapport aux résultats d'ensemble que nous avons trouvés sur un recul de 1 à 8 ans.

Dans 24 cas sur 78, soit dans 30,7 % des cas, les bons résultats immédiats se transforment en résultats moyens dans 19 cas,en mauvais résultats dans 5 cas comportant 3 cas de récidive in situ, et 2 cas de nouvelle Hernie discale.

Dans 10 cas sur 22, soit 45,4 % des cas, les lombosciatalgies régressent, se transformant en bons résultats sur un recul de 1 à 8 ans.

Nous pouvons donc conclure qu'il n'y a pas de concordance absolue entre les résultats post-opératoires immédiats et les résultats observés sur un plus long recul ; les résultats immédiats ne sont pas définitifs et ne permettent pas de préjuger du résultat à long terme des sciatiques opérées.

X - RESULTATS SELON LE RECUL

Notre étude porte, nous l'avons vu, sur un recul de 1 à 8 ans.

- 46 malades ont été revus dans un délai de 1 à 3 ans.
- 34 malades ont " " " " " 3 à 6 ans.
- 20 " " " " " " " 6 à 8 ans.

Nous avons cherché à savoir s'il existait un parallélisme entre les résultats cliniques obtenus de 1 à 3 ans, de 3 à 6 ans et de 6 à 8 ans après intervention. Le tableau ci-dessous permet cette étude comparative.

RESULTATS	1 - 3 ANS		>3 - 6 ANS		>6 - 8 ANS	
	Nombre de cas 46	%	Nombre de cas 34	%	Nombre de cas 20	%
Bons	31	67,3	22	64,7	11	55
Moyens	13	28,2	10	29,4	4	20
Mauvais						
- récidive in situ	1	2,1	1	2,9	2	10
- nouvelle hernie discale	1	2,1	1	2,9	3	15

Sur un recul de 1 à 6 ans, il n'y a aucune différence significative dans l'appréciation des résultats.

Les pourcentages sont sensiblement égaux dans les tranches d'années que nous avons artificiellement créées.

Par contre, au-delà de 6 ans, le pourcentage de bons et moyens résultats tombe au profit des mauvais résultats avec récidives in situ et nouvelle Hernie discale nécessitant une seconde intervention.

Il semble donc que le pourcentage de réintervention augmente avec le temps à partir d'un recul suffisant qui dans ce travail est de 6 ans.

Mais notre étude est insuffisante en ce sens, que ces résultats ne permettent pas de dire si les malades continuent à s'améliorer ou au contraire à s'aggraver avec le temps. Il serait intéressant de voir dans quelques années, selon les mêmes critères, ce que sont devenus les malades que nous avons classés en bons, moyens et mauvais résultats.

XI - ETUDE SUR LE PLAN CLINIQUE ET PROFESSIONNEL DANS UN CADRE MEDICO-LEGAL

Parmi nos 100 malades, la Hernie discale a été prise en charge au titre d'un accident du travail dans 20 cas, dans les 80 cas restants, elle a été prise en charge en maladie par la Sécurité Sociale.

Nous étudierons le retentissement clinique et professionnel de la sciatique opérée selon qu'il s'agit ou non d'un accident de travail.

1 Etude comparative sur le plan clinique

RESULTATS	RESULTATS D'ENSEMBLE		A. T.		MALADIE	
	Nombre de Cas 100	%	Nombre de Cas 20	%	Nombre de Cas 80	%
Bons	64	64	9	45	55	68,7
Moyens	27	27	8	40	19	23,7
Mauvais - Récidive in situ	4	4	1	5	3	3,7
- Nouvelle Hernie	5	5	2	10	3	3,7

Les résultats classés comme bons sont nettement supérieurs en maladie. La différence est également significative sur les résultats moyens dont le pourcentage est beaucoup plus important lorsqu'il s'agit d'un accident de travail ; les sciatalgies intermittentes sans signes objectifs qui font partie de nos résultats moyens, surviennent dans 6 cas sur 20 en A.T. soit 30 % des cas contre 7 cas sur 80 en maladie, soit 8,7 % des cas.

Sans exclure la réalité de telles sciatalgies, en raison de l'absence de signes objectifs d'appréciation clinique, nous soupçonnons une participation psychalgique et sinistrosique importante en A.T. car le pourcentage de rechutes de sciatiques avec signes cliniques objectifs ayant guéries sous traitement médical est sensiblement égal dans les deux lots : 10 % en A.T. contre 15 % en maladie.

Nous pouvons donc conclure à des meilleurs résultats sur un recul allant de 1 à 8 ans chez les malades opérés au titre de maladie par rapport aux malades opérés au titre d'accident de travail, compte-tenu de la part prépondérante qu'occupent les doléances subjectives en A.T.

Cette étude explique également les forts pourcentages de résultats moyens observés en fonction du sexe, et de la profession, puisque ces 20 malades pris en charge en A.T. sont tous du sexe masculin, travailleurs de force et manuels actifs dans des proportions sensiblement égales par rapport aux travailleurs opérés en maladie.

II Etude comparative sur le plan professionnel

Nous étudierons en particulier le retentissement professionnel de la chirurgie de la sciatique, sur un plan d'ensemble et par comparaison selon la prise en charge au titre d'accident de travail ou de maladie.

Sur nos 100 malades, 83 exercent une activité professionnelle dont 20 sont déclarés en accident de travail, le restant, soit, 63, en maladie.

Nous étudierons d'abord :

1) La durée d'arrêt de travail avant l'intervention, en séparant la durée globale d'arrêt de travail depuis la première poussée de sciatique jusqu'à l'intervention, et la durée de travail occasionnée par la dernière poussée de sciatique ayant conduit à l'intervention.

A) Durée globale d'arrêt de travail motivée par la sciatique

DUREE D'ARRET DE TRAVAIL	RESULTATS GLOBAUX		A. T.		MALADIE	
	Nombre de Cas 83	%	Nombre de Cas 20	%	Nombre de Cas 63	%
< 3 mois	31	37,3	5	25	26	40,3
3 - 6 mois	30	36,1	8	40	22	34,9
6 mois - 1 an	13	15,6	4	20	9	14,2
> 1 an	9	10,8	3	15	6	9

Si nous tenons compte des diverses rechutes de sciatique, la durée totale d'arrêt de travail est beaucoup plus longue en accident de travail qu'en maladie.

Parmi les 3 malades en A.T. ayant interrompu leur travail plus d'un an, la sciatique n'est pas seule en cause dans un cas ; il s'agit d'un malade plusieurs fois opéré pour fracture de jambe et gastrectomisé.

B) Durée d'arrêt de travail motivée par la dernière poussée de sciatique avant l'intervention

Le tableau ci-après, montre que plus de la moitié des malades dans les 2 groupes ont été opérés après une durée d'arrêt de travail inférieure à 3 mois ; la durée d'arrêt de travail avant l'intervention ne nous montre pas de différence significative, qu'il s'agisse d'un accident de travail ou d'une maladie.

DUREE D'ARRET DE TRAVAIL	RESULTATS GLOBAUX		A. T.		MALADIE	
	Nombre de Cas 83	%	Nombre de Cas 20	%	Nombre de Cas 63	%
< 3 mois	54	65	12	60	42	66,6
3 - 6 mois	23	27,7	5	25	18	28,5
6 mois - 1 an	3	3,6	1	5	2	3,1
> 1 an	3	3,6	2	10	1	1

2) Date de reprise de travail après intervention

a) la reprise du travail sera étudiée en fonction :

- d'une reprise de travail antérieur ou
- d'un changement de poste ou de profession sans reclassement professionnel.

Nous étudierons à part les dates de reprise de travail, après reclassement professionnel, les délais étant bien sûr plus longs.

Le tableau ci-après résume ces résultats

DATE DE REPRISE DE TRAVAIL	RESULTATS GLOBAUX		A. T.		MALADIE	
	Nombre de Cas 72	%	Nombre de Cas 15	%	Nombre de Cas 57	%
<3 mois	34	47,2	5	33,3	29	50
3 - 6 mois	17	23,6	2	13,3	15	26,3
6 mois - 1 an	12	16,6	2	13,3	10	17,5
>1 an	9	12,5	6	40	3	5,2

Commentaires

Nous retrouvons des différences significatives entre les deux groupes de malades. En effet, une très forte proportion de malades en A.T. n'a pas repris son travail un an après l'intervention, dans un pourcentage de 40 %, alors que dans le groupe témoin en maladie, les 3/4 des malades ont repris une activité professionnelle dans un délai inférieur à 6 mois après l'intervention.

Par ailleurs, parmi les 3 malades n'ayant pas repris leur travail au bout d'un an en maladie, la sciatique n'est pas en cause dans un cas. Il s'agit d'un malade qui a développé une tuberculose pulmonaire dans les 3 mois suivant l'intervention.

Ces pourcentages sur le plan professionnel justifient une étude attentive de chaque dossier lorsqu'une décision opératoire doit être prise en cas d'accident de travail.

b) Etude en fonction du reclassement professionnel

DATE DE REPRISE DE TRAVAIL	RESULTATS GLOBAUX		A. T.		MALADIE	
	Nombre de Cas 11	%	Nombre de Cas 5	%	Nombre de Cas 6	%
<3 mois						
3 - 6 mois	1	9			1	16,6
6 mois - 1 an	6	54,5	3	60	3	50
>1 an	4	36,3	2	40	2	33,3

Nous retrouvons ici encore un plus long délai de reprise du travail chez les malades pris en charge en A.T., puisque dans cette catégorie aucun malade n'a repris son travail dans les 6 mois suivant l'intervention.

Mais ce résultat n'est pas significatif étant donné le trop petit nombre de cas en maladie.

Parmi les 2 malades considérés en A.T. n'ayant pas repris leur travail après plus d'un an d'arrêt de travail, il faut noter que l'un a subi une nouvelle intervention pour récidive de Hernie discale 15 mois après la première intervention.

3) Résultats comparatifs sur l'activité professionnelle proprement dite

Nous étudierons dans ce chapitre le retentissement professionnel de l'intervention ; il montre dans quelles proportions, l'intervention a entrainé un changement d'orientation professionnelle.

	RESULTATS GLOBAUX		A. T.		MALADIE	
	Nombre de Cas 83	%	Nombre de Cas 20	%	Nombre de Cas 63	%
Reprise du Travail antérieur	51	61,4	7	35	44	66,6
Reclassement Professionnel	11	13,2	5	25	6	9,5
Changement de Profession sans reclassement	18	21,6	7	35	10	15,8
Pas de reprise de travail	3	3,6	1	5	3	4,7

Après l'intervention, quatre voies possibles sont ouvertes en matière professionnelle :

- Reprise du travail antérieur
- Changement de profession avec reclassement professionnel
- Changement de profession ou de poste sans reclassement professionnel
- Pas de reprise de travail

Nous constatons d'après le tableau précédent que plus de la moitié des malades a repris son activité antérieure, mais elle est le fait des malades pris en charge au titre de maladie ; la différence est significative.

Il y a fort pourcentage de malades ayant subi un reclassement professionnel en A.T. après enquêtes et tests d'aptitude et passage devant la commission de reclassement professionnel des Handicapés physiques.

Pour certains de ces malades, un meilleur poste dans l'échelle sociale est obtenu après un stage de formation professionnelle accélérée.

Le changement de poste sans reclassement professionnel, observé dans 10 cas en maladie, n'est pas motivé par l'intervention dans un cas.

Par ailleurs, en A.T. un malade n'a repris son travail que pendant un mois et demi, plus d'un an après l'intervention. Avec 6 ans de recul, aucun essai de reprise de travail n'a été fait.

En maladie, parmi les 3 malades n'ayant pas repris leur travail :

- l'un a subi une seconde intervention pour nouvelle Hernie discale, 15 mois après la première intervention ; la sciatique n'est pas en cause dans les deux autres cas.

Le pronostic sur la reprise d'activité professionnelle est donc péjoratif en A.T.

Nous pouvons par ailleurs conclure chez les malades opérés en A.T., à une meilleure orientation professionnelle puisqu'elle aboutit à un poste adapté, excluant les travaux de force.

En maladie par contre, alors qu'il s'agit d'un même groupe de travailleurs, comme nous le verrons, nous retrouvons très peu de changement de profession avec reclassement professionnel.

La proportion de femmes ne modifie pas ces pourcentages car sur les 57 malades pris en charge en maladie, il y a 16 femmes dont 3 seulement exercent une profession sédentaire.

4) Etude comparative A.T. - Maladie selon la catégorie professionnelle

- travail de force ou
- travail sédentaire

PROFESSION	RESULTATS D'ENSEMBLE		A . T.		MALADIE	
	Nombre de Cas 83	%	Nombre de Cas 20	%	Nombre de Cas 63	%
Travail de force	70	84,3	18	90	52	82,5
Travail sédentaire	13	15,6	2	10	11	17,5

Nous pouvons conclure dans l'ensemble à un même groupe de travailleur en A.T. et Maladie, les différences statistiques étant peu significatives.

XII - ETUDE DES LOMBALGIES

Sur les 100 malades étudiés, 32 accusent des lombalgies résiduelles. Faut-il mettre ces lombalgies sur le compte des mauvais résultats post-opératoires ?

Sur ces 32 malades :

- 14 ont vu persister leurs lombalgies qui existaient avant l'intervention.
- 18 ont vu apparaître des lombalgies après l'intervention

- mais il faut noter que 14 malades ont vu disparaître leurs lombalgies qui existaient avant l'intervention.

A) Eléments favorisants retrouvés

Chez 22 malades, des éléments favorisants de la lombalgie ont été retrouvés, certains éléments pouvant s'associer chez un même malade.

- Obésité : 4 fois
- Hyperlordose : 3 fois
- Scoliose : 1 fois
- Anomalie transitionnelle : 8 fois
- Retrolisthésis : 2 fois
- Discopathie dégénérative d'un ou de deux disques : 2 fois
- Fracture traumatique vertébrale : 2 fois
- Dystrophie vertébrale de croissance : 2 fois
- Nombreux kilomètres en voiture : 2 fois

Chez 10 patients, aucun élément favorisant n'a été retrouvé. Sur ces 10 patients, 4 d'entre eux seulement ne présentaient aucune lombalgie avant l'intervention.

Il est difficile d'expliquer ces lombalgies. Nous ne pourrions qu'incriminer sans pouvoir en apporter la preuve :

- L'intervention elle-même, et ses conséquences au niveau du disque.
- La reprise d'un métier de force.
- Le terrain sinistrosique.

Nous pouvons donc conclure que :

a) Chez certains malades présentant des lombalgies chroniques avec sciatique, l'intervention a abouti à la disparition de la sciatique, dans la moitié des cas, et à la persistance de la lombalgie, dans l'autre moitié.

Dans la plupart des cas, la persistance de la lombalgie est expliquée par une cause étrangère à la Hernie discale et que l'intervention n'a donc pas supprimée.

b) Lorsque la lombalgie est apparue après l'intervention, nous pouvons conclure qu'elle constitue une séquelle de l'intervention. Nous ne pouvons que nous étonner de son faible pourcentage: 4 cas sur 100 alors qu'il s'agit d'une séquelle post-opératoire ; c'est la raison pour laquelle nous avons cru pouvoir inclure les lombalgies résiduelles dans le groupe des Bons résultats de la chirurgie de la sciatique.

c) Lorsque la lombalgie qui existait avant l'intervention a disparu, nous pouvons conclure que le disque était à l'origine de la lombalgie.

La lombalgie entrainera un retentissement psycho-somatique d'autant moins important que le malade aura été prévenu qu'elle risque de persister ou survenir après intervention.

Par ailleurs, le traitement de la lombalgie par une rééducation régulière, faite dans de bonnes conditions, en associant au besoin le port d'une ceinture de soutien lombaire, donne des résultats satisfaisants.

L'arthrodèse reste exceptionnelle.

XIII - ETUDE COMPARATIVE DES RESULTATS SUBJECTIFS EN A.T. et MALADIE

A la question

"Etes-vous satisfait de l'intervention ?",

nous avons obtenu : 63 réponses, dont 11 venaient de 20 malades pris en A.T. soit 55 % et 52 des 80 malades pris en maladie, soit 65 %.

Il faut cependant faire les remarques suivantes sur la différence de pourcentage des réponses dans ces deux catégories.

- sur les 9 malades pris en A.T. qui n'ont pas répondu au questionnaire, 3 n'ont pu être joints car n'habitant plus à l'adresse indiquée.

Six malades seulement n'ont donc pas répondu volontairement au questionnaire, soit un pourcentage de 30 %, contre celui de 26,2 % en maladie, selon le même calcul.

Nous ne pourrons donc expliquer la différence de résultats par la différence de pourcentage de réponses dans ces 2 catégories, puisque ce pourcentage est sensiblement égal.

- Résultats :

7 malades sur 63 sont mécontents de l'intervention, ils se répartissent selon le tableau ci-dessous :

	A. T.		MALADIE	
	Nombre de Cas 11	%	Nombre de Cas 52	%
Mécontents	4	36,9	3	5,8

Le pourcentage d'insatisfaits est très important lorsqu'il s'agit d'un patient accidenté du travail.

Analyse des causes du mécontentement :

1) En A.T.

Observation n° 1 :

M. C est un homme de 47 ans, travailleur de force : ouvrier spécialisé.
Il se plaint de "souffrir en permanence et être dans l'incapacité de reprendre son travail".
Il faut remarquer que ce malade avec un recul de 6 ans, n'a effectué un essai de reprise de travail que de 1 mois 1/2, plus d'un an après l'intervention.

Ce malade est suivi par un psychiatre.

Observation n° 2 :

M. T est un homme de 37 ans, travailleur de force; ouvrier spécialisé.
Il se plaint de "douleurs permanentes" avec cependant nette amélioration.
Elément revendicatif : la S.S. l'a obligé a reprendre son travail après la seconde intervention.
Ce malade a été en effet opéré 2 fois, d'une récidive in situ de Hernie discale, avec greffe secondaire.

Observation n° 3 :

M. A est un homme de 43 ans, travailleur de force, ouvrier spécialisé.
Il est insatisfait, car il se plaint de "ne plus pouvoir effectuer d'effort".
Ce patient a été suivi 3 ans après l'intervention, il n'a jamais dû interrompre son travail pour rechute de sciatique.

Observation n° 4 :

M. A est un homme de 31 ans, travailleur de force qui a subi 2 interventions pour récidive de Hernie discale.
Il se plaint 7 ans après l'intervention, de douleurs continues du rachi dorso-lombaire et surtout d'une diminution de salaire après changement de poste.

2) En maladie

Observation n° 1 :

Mme C est une femme de 26 ans, femme d'intérieur.
Après 7 ans de recul, elle se plaint de rechutes de sciatique tous les ans ; une seule rechute vraie a été constatée, 4 ans après l'intervention.
Il s'agit d'une malade dépressive ayant de nombreux soucis familiaux.

Observation n° 2 :

M. S est un homme de 43 ans, travailleur de force, ouvrier spécialisé.
Il n'a présenté aucune rechute de sciatique, aucune lombalgie avec un recul de 7 ans.
Il est cependant insatisfait car il revendique une pension, alléguant qu'il est "mutilé".

Observation n° 3 :

Mme V est une femme de 45 ans, manoeuvre, effectuant un travail manuel actif ; elle a consulté de nombreux médecins et a été réopérée une seconde fois, sur des indications extérieures : aucune Hernie discale n'a été retrouvée lors de cette seconde intervention.

Hormis un cas, ces malades ne se plaignant pas de rechute de sciatique mais :

1) d'une incapacité

- de reprise de travail
- d'effectuer un effort, en l'absence de tout signe objectif de sciatique, et malgré la reprise du travail de force.

2) élément revendicatif :

- chez ce malade forcé par la S.S. de reprendre le travail.
- plainte de diminution de salaire ; revendication de pension.

3) terrain dépressif.

Nous constatons 2 sinistroses vraies en A.T., 3 psychoses de revendication en maladie.

XIV - ETUDE DES TAUX D'I.P.P.

Les taux d'I.P.P. obtenus en A.T. se répartissent ainsi :

	T A U X D ' I . P . P .									
	5%	10%	12%	15%	18%	20%	30%	35%	40%	0
Nombre de malades	1	2	1	2	1	2	4	3	1	3

Il n'y a pas de relation entre le taux d'I.P.P. obtenu et le degré de satisfaction ou d'insatisfaction, puisque les 4 mécontents en A.T. ont obtenu les taux suivants :

- 1er - 35 %
- 2ème - 30 %
- 3ème - 15 %
- 4ème - Pas d'I.P.P.

Le taux des indemnisations pour les sciatiques opérées est donc difficile
Nous ne ferons que quelques remarques.
Nous ne pouvons nier l'existence de sciatalgies sans signes objectifs, mais il faut pouvoir les interpréter en fonction du retentissement social ou professionnel, car en l'absence de signes objectifs, il est difficile de faire la part entre les sciatalgies alléguées à la recherche d'une rente par exemple, et qui disparaitront après la fixation de l'indemnisation, et les sciatalgies qui, bien que, ne s'accompagnant d'aucun signe objectif, peuvent cependant être réelle.

Lorsqu'il existe des signes objectifs, la difficulté est moindre, mais nous pensons que là encore, il faut tenir compte du contexte social et professionnel, car des séquelles de sciatique opérée peuvent entrainer un déclassement ; à l'opposé, elles peuvent permettre à l'occasion d'un reclassement professionnel, un avancement social et professionnel.

Il ne faut pas oublier enfin que peut se développer une véritable névrose post-traumatique, véritable affection mentale qui par le fait, doit donc être indemnisée comme conséquence de la Hernie discale.

Le problème de la lombalgie après intervention est des plus difficile, et l'étude des antécédents doit être soigneuse puisque nous avons vu que pour les lombalgies persistant après l'intervention, certaines existaient déjà avant la sciatique, que d'autres sont apparues après, mais qu'une cause étrangère à la Hernie discale pouvait être retrouvée dans une forte proportion de cas.

Sur 100 cas opérés de Hernie discale, nous n'avons pu rapporter avec certitude que 4 cas en rapport direct avec l'intervention.

C'est dire qu'en définitive, les taux d'I.P.P. après Hernie discale opérée peuvent évoluer dans un très large éventail.

Il faut être très circonspect en ce qui concerne les lombalgies, et les lombosciatalgies sans signes objectifs ne sont pas toujours réelles ; dans ces 2 cas, les taux d'I.P.P. doivent être minimes.

Un taux plus important est certainement indiqué dans les lombosciatalgies résiduelles avec signes objectifs ; lorsqu'elles ont entrainé un déclassement, le taux doit être bien sûr majoré.

Les signes objectifs importants de sciatique résiduelle, nous paraissent rares dans le cadre de l'intervention pour Hernie discale.

Les taux maximum nous paraissent devoir être accordés lorsque se développe une névrose post-traumatique interdisant la reprise de tout travail.

Le taux d'I.P.P. ne doit pas être fixé trop vite puisque au bout d'un an, les bons résultats chutent de 11 % au profit des récidives et réinterventions.

CONCLUSIONS

Notre étude porte sur une série de 100 cas de sciatiques par hernie discale suivis dans la région des Ardennes et traités chirurgicalement.

1°) Cette série est homogène en ce sens que ces 100 cas représentent la presque totalité des malades pour lesquels le Docteur FRENEAUX a porté l'indication opératoire ; nous n'avons exclu que 8 cas pour lesquels les renseignements étaient insuffisants. Les interventions chirurgicales ont été pratiquées par 3 chirurgiens différents.

a) Nos malades se répartissent en 68 hommes pour 32 femmes ; l'âge s'étalant de 17 à 66 ans avec un maximum de fréquence entre 30 et 40 ans.

76 % exercent un travail de force
24 % une activité sédentaire.

b) L'indication opératoire a été portée sur les signes cliniques et radiologiques dans 96 cas et seulement dans 4 cas après sacco-radiculographie.

2°) Nous obtenons avec un recul de 1 à 8 ans, 64 % de bons résultats avec guérison complète de la hernie opérée ; 27 % de résultats moyens qui comprennent :

.../...

- les patients incomplètement soulagés, avec sciatalgies intermittentes dans 10 cas.
- les patients complètement soulagés, mais qui ont présenté des rechutes de sciatique de même niveau, guéries sous traitement médical, dans 14 cas.
- les patients incomplètement soulagés, et qui ont présenté des rechutes de sciatique, de même niveau, guéries sous traitement médical, dans 3 cas.
- et 9 % de mauvais résultats, non pas parce que les malades n'ont pas été soulagés, mais parce qu'ilsont récidivé et que cette récidive a conduit à une seconde intervention :

  au même niveau dans 4 % des cas
  à un autre niveau dans 5 % des cas.

3°) L'étude de ces réinterventions permet de remarquer que dans les 4 cas de récidive au même niveau, il a été pratiqué une voie d'abord étroite interlamaire, mais que dans les 96 cas qui n'ont pas fait de récidives in situ, 80 ont subi ce type d'intervention et 16 une laminectomie.

4°) La hernie L_5S_1 paraît plus fréquente que la hernie L_4L_5 avec un pourcentage de 58 % contre 42 %.

5°) Le pronostic nous a paru le même quel que soit l'âge du patient.

6°) Le pronostic est par contre moins bon chez les travailleurs de force qui reprennent le même travail après l'intervention.

7°) Lorsque la radiographie révèle des anomalies associées autre que les

.../...

signes radiologiques propres de la hernie discale, le pronostic nous paraît moins bon.

8°) Les résultats immédiats sont excellents dans 78 % des cas, mais le pourcentage des bons résultats diminue légèrement avec le recul.

9°) Les bons résultats sont meilleurs lorsque la hernie discale a été prise en charge au titre de maladie que lorsqu'elle a été prise en charge comme accident de travail ; le résultat est inverse pour les résultats moyens, le pronostic final étant cependant légèrement moins bon pour les accidentés du travail.

- La durée d'arrêt de travail avant l'intervention ne nous montre pas de différence qu'il s'agisse d'un accident de travail ou d'une maladie. Par contre si nous considérons les rechutes de sciatique, la durée totale d'arrêt de travail pré-opératoire est beaucoup plus longue en accident de travail qu'en maladie, ce qui nous paraît justifié par les résultats moins bons en accident de travail.

  De même, la durée d'arrêt de travail après intervention est beaucoup plus élevée en accident de travail qu'en maladie.

- Nous constatons également que le pourcentage de patients ayant changé de métier est plus important lorsqu'il s'agit d'un accident de travail que d'une maladie.

10°) En ce qui concerne les lombalgies, nous constatons que la lombalgie préexistante à la sciatique disparaît une fois sur deux après l'intervention ; une fois sur 2, la lombalgie persiste, mais dans la plupart des cas, la persistance de la lombalgie est expliquée par une cause

.../...

étrangère à la hernie discale et que l'opération n'a donc pas supprimée.

L'apparition d'une lombalgie comme séquelle de l'intervention, chez un patient qui n'en souffrait pas avant l'intervention est une éventualité rare : de l'ordre de 4 % dans notre série.

11°) Nous remarquons enfin le faible pourcentage de sinistrose vraie : 2% en accident du travail et de psychose de revendication 3 % en maladie.

Vu, le Doyen
Signé E. FOURNIER

Vu, le Président de thèse
Signé S. De SEZE

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie
de Paris
R. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

1 - ALAJOUANINE T., et THUREL, R. :

Nouvelle contribution à l'étude de la sciatique chirurgicale (données statistiques portant sur 500 cas opérés ;)

Sem. Hôp. 23 : 2794-2804 ; 1947

2 - BOCAGE Pierre

Complications et échecs de la chirurgie discale pour sciatique.

Thèse Paris 1962.

3 - BOUVIER Maurice

Analyse d'une statistique hospitalière de 500 cas de névralgies sciatiques communs.

Thèse Méd. Lyon 1961

4 - CAUCHOIX J., DEBURGE A., LEMOINE A., BENOIST M.

Etat acutel de la chirurgie de la sciatique - Réflexions à propos de 130 observations.

Ann. Chir. 1964, 18, 1015 - 1020

5 - COSTE F., WEISSENBACH R., et ILLOUZ G.

Enquête sur le traitement des sciatiques.

Sem. Hôp. (Paris) 36 : 1014 - 1024, 1960

6 - COSTE F., WEISSENBACH R., et ILLOUZ G.

Suite de notre enquête sur le traitement des sciatiques.

Sem. Hôp. (Paris) 38 : 667 - 670 - 1962

7 - DELCOURT P.

Réflexions sur 100 cas de Hernies discales opérées.

Acta. Orthop. Belg. 29 : 828 - 836, 1963

8 - DECOULX P., HOUCKE E., RAZEMON J.P. et LEMERLE P.

Anatomie Pathologique de la Hernie discale.

Presse Méd. 66 : 899 - 902, 1958

9 - D'ESHOUGUES J.R. et FERRAND J.

Sur le problème thérapeutique de la sciatique discale.

Algérie Méd. 66 : 401 - 413 , 1962

10 - DUNOYER J., et COLL.

Symposium sur les sciatiques chirurgicales d'origine discale.

Rév. Chir. Orthop. 51 : 285 - 313 , 1965

11 - FERRANIS J.

Etude de 107 dossiers de sciatiques opérées - Résultats des interventions Correlations des données cliniques - Radiographiques, sacculographiques et opératoires.

Méd. C E S Rhum. , Paris 1967.

12 - FUNK CH.

Pronostic des sciatiques par Hernie discale opérées (à propos de 60 observations).

Méd. C E S Rhum. Paris 1967.

13 - GUILLAUME J. , JANNY P.

Etude critique du traitement chirurgical de la lombo-sciatique, à propos de 1000 cas opérés.

Presse Méd. 172 , 1953.

14 - HOUDART R.

Quand faut-il envisager d'opérer une sciatique discopathique ?

Vie Méd. 42 : 199 - 206 , 1961

15 - JOUVE P. , VIGOURROUX R. , CLEMENT J.P. , GIRAUD M.

Confrontation radio-chirurgicale dans les sciatiques discales (à propos des 80 cas opérés).

J. Radiol. Electrol 12 : 827 - 828 , 1964

16 - LALEVEE M.

Résultats du traitement chirurgical dans les sciatiques rebelles, d'après une statistique de 422 observations.

Thèse Méd. Lyon 1952 - 1953

17 - LAYANI F. , CHAOUATY. , BENICHOU C.

Enquête sur 82 cas de Hernies discales opérées.

Sem. Hôp. Paris 37 : 1035 - 1037 , 1961

18 - LECLERC G.C. , STRAUSS J.

Résultat du traitement chirurgical dans les sciatiques (d'après une statistique de 136 observations)

Rev. Rhum. 23 : 131 - 147 , 1956

19 - LEMOINE A.

Etat actuel de la chirurgie des lombo-sciatiques d'origine discale.

Entretiens de Bichat (chirurgie) 167 - 170 , 1965

20 - LEVERNIEUX J.

Les indications opératoires des sciatiques.

Concours Méd. 90-15 : 3127 - 3132 ; 1968

21 - MANSUY L.

Réflexions au sujet du traitement chirurgical de la lombo-sciatique d'origine discale (à propos de 126 cas)

Lyon Chir. 62 : 915 - 920 , 1966

22 - MICHEL R.

Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la sciatique commune (d'après une étude statistique et critique de 70 cas observés dans les cliniques des professeurs Ravault et Wertheimer)

Thèse Méd. Lyon 1952 - 1953

23 - MONTALAND Ph.

Résultats à distance des interventions pour sciatique (85 cas)

Thèse Paris 1963

24 - MOREIRA R.

Lombalgie et sciatique (Analyse de 460 cas opérés)

Rev. Chir. Orthop. 46 : 610 - 616 ; 1960

25 - PICHOT C.

Etude de 152 dossiers de sciatiques opérées de 1951 à 1961 dans un centre de rhumatologie.

Thèse Paris 1962

26 - ROBERT D'ESHOUGUES J.

Confrontation des données cliniques, radiculographiques et opératoires dans 171 observations de pathologie douloureuse lombo-sacrée.

Lille Méd. 9 : 333 - 349 , 1964

27 - SEZE S. de

Points de vue récents sur les sciatiques et les lumbagos.

Immex 2 : 17 - 26 ; 1965

28 - SEZE S. de, RUBENS - DUVAL A. , BLOCH-Michel M., LIEVRE J.A. , et SICARD

Les névralgies sciatiques

Concours Médical 85 : 5087 - 5092 , 1963

29 - SEZE S. de et J. DEBEYRE

Constatation opératoire de la réductibilité d'une Hernie discale.

Rev. Rhum n° 8 , 1952

30 - SEZE S. de, ROBIN J. et FARGEOT R.

Rôle du facteur professionnel dans la survenue des lombo-sciatiques, sur 1382 dossiers.

Rev. Rhum n° 6 1956

31 - SEZE S. de

Remarques sur le diagnostic et sur le traitement chirurgical des sciatiques par compression discale.

Rev. Rhum n° 7 : 171 - 175 , 1942

32 - SICARD A. , LECA A.

1000 cas de sciatiques opérées. Résultats de 1 à 11 ans.

Presse Méd. 64 : 1635 - 1636 , 1956

33 - SICARD A.

Résultats du traitement chirurgical des sciatiques (d'après 3000 cas opérés)

Bull. Acad. Nat. Méd. (Paris) 147 : 469 - 474 , 1963

34 - SICARD A.

Les causes des échecs dans le traitement opératoire des Hernies discales

Presse Méd. 59 : 1323 - 1324 , 1951

35 - SICARD A. GERARD

Les réinterventions pour sciatique. - J. Chir. 78 : 113 - 131 , 1959

36 - SICARD A. , LAVARDE

Le traitement chirurgical des sciatiques d'origine discale

Cahiers Coll. Méd. 9 : 903 - 906 , 1968

37 - TEXIER C.

Constatations cliniques, radiologiques, opératoires et résultats chez 370 malades opérés pour sciatique par Hernie discale.

Thèse Paris 1962

38 - THIRY B.

Résultats du traitement chirurgical des sciatiques rebelles (d'après une statistique de 268 observations)

Thèse Lyon 1960

39 - THYS R.

Nos résultats de cure chirurgicale de Hernies discales

Acta. Orthop. Belg. 30 : 152 - 164 , 1964

40 - TRILLAT A. , MOUNIER-KUHN A. , DEJOUR H.

Les résultats éloignés du traitement chirurgical dans les lombo-sciatiques par Hernie discale

Lyon Chir. 63 : 124 - 131 , 1967

41 - TRUONG-HO-DUNG

Résultats du traitement chirurgical de certaines sciatiques par Hernie discale (à propos de 63 cas).

Thèse 42 p. Paris 1969

42 - VIGNON G. et COLL.

Enquête statistique par ordinateur sur le traitement chirurgical de la névralgie discale.

Rev. Rhum. 37 : 465 - 474 , 1970

43 - VIGOUROUX R.

Quand faut-il opérér une lombo-sciatique ?

Marseille Méd. 102 : 429 - 433 , 1965

44 - WERTHEIMER P.

Le traitement chirurgical des sciatiques rebelles. A propos d'une statistique

Ann. Chir. 15 : 1397 - 1409 , 1961.

P L A N

I	INTRODUCTION	P. 1
II	MATERIEL D'ETUDE ET METHODE DE TRAVAIL	P. 2
	A) Matériel d'étude	
	B) Méthode de Travail	P. 3
	C) Répartition des Malades	P. 10
III	INDICATION OPERATOIRE	P. 11
IV	RESULTATS	P. 13
	A) Bons Résultats	
	B) Résultats Moyens	P. 15
	C) Mauvais Résultats	
V	ETUDE DES REINTERVENTIONS DE HERNIE DISCALE	P. 16
	A) Récidive de Hernie Discale	
	B) Nouvelle Hernie Discale	P. 18
VI	ETUDE DE CERTAINS ELEMENTS DU TABLEAU CLINIQUE PRE-OPERATOIRE	P. 21
	I - Influence du terrain	
	A) Rôle du Sexe	
	B) Influence de l'Age	P. 22
	C) Influence de la Profession	P. 25
	II - Influence des antécédents lombalgiques et sciatiques	P. 26
	III - Résultats selon les circonstances de survenue de la sciatique ayant conduit à l'intervention	P. 28

.../...

IV - Influence du type de la sciatique P. 30
V - Résultats selon la présence de signes radiologiques P. 33
VI - Résultats selon le type de l'intervention P. 35

VII RESULTATS SELON LES CONSTATATIONS OPERATOIRES P. 36

VIII RESULTATS SELON LA PRATIQUE REGULIERE OU NON DE REEDUCATION P. 37

IX RESULTATS POST-OPERATOIRES IMMEDIATS P. 37

X RESULTATS SELON LE RECUL P. 39

XI ETUDE SUR LE PLAN CLINIQUE ET PROFESSIONNEL DANS UN CADRE MEDICO-LEGAL P. 40
1 - Etude comparative sur le plan clinique P. 41
2 - Etude comparative sur le plan professionnel P. 42
1) Durée d'arrêt de travail avant l'intervention
2) Date de reprise de travail après l'intervention P. 44

XII ETUDE DES LOMBALGIES P. 50

XIII ETUDE COMPARATIVE DES RESULTATS SUBJECTIFS EN A.T. et MALADIE P. 53

XIV ETUDE DES TAUX D'I.P.P. P. 57

CONCLUSIONS